Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Küttner)

Über cystische Dilatationen des vesicalen Ureterendes.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schles. Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Fritz Oschinsky,
approb. Arzt

Breslau 1920

Druck von A. Benjamin, Buch- und Kunstdruckerei, Breslau 5, Gartenstraße 43

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

Berichterstatter: Geheimrat Küttner.

Bevor Nitzes Cystoskop in der Urologie seine heutige Verbreitung gefunden hatte, war man bei der Diagnosenstellung einer Uretererkrankung allein auf den äußeren Untersuchungsbefund und die vorhandenen Symptome angewiesen. Letztere gaben bei ihrer großen Ähnlichkeit mit den Symptomen der bekannten Blasen- und Nierenkrankheiten häufig zu Fehlschlüssen Anlaß. Eine Änderung darin trat erst mit der Anwendung des Cystoskops ein. Waren vorher nur einige wenige Fälle publiziert worden, die später gesammelt von Englisch herausgegeben wurden, so erschienen jetzt des öfteren Mitteilungen darüber in der Literatur. Die letzte Zusammenstellung, die mit ihren 37 Fällen bis zum Jahre 1914 reicht, stammt von Wessel. An sie schließt sich die meinige an, welche die mir erreichbaren geeignetsten Krankheitsberichte seit jener Arbeit umfaßt und über einen neuen Fall aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau berichtet.

Es handelt sich im ganzen um 12 von Lehsnew, Caulk, Kotzenberg, Rosenberg, Frangenheim, Els, Pleschner, Verriotis und mir mitgeteilte Krankengeschichten. In allen finden wir dasselbe typische cystoskopische Bild vor. An Stelle der Ureteren ist ein- oder doppelseitig eine wulstartige Vorwölbung sichtbar, die sich rhytmisch füllt und wieder kollabiert. Die Oberfläche dieser Cyste, die bis walnußgroß werden kann, ist glatt, transparent und zart vaskularisiert. Bei starker Füllung vermag sie das Orificium urethrae internum zu verlegen, dadurch starke Blasentenesmen hervorzurufen, ja bei Frauen wegen der besonderen Kürze und Dehnbarkeit der Urethra sogar als Prolaps vor der Vulva zu erscheinen.

Die Pathogenese dieser Erkrankung ist trotz vieler Theorien noch nicht vollkommen geklärt. Die pathologischen Anatomen fanden die Uretercyste in vielen Fällen als Mißbildung vor, kombiniert mit den verschiedenartigsten Mißbildungen anderer Organe. Englisch erklärt sie mit der beim Fötus gemachten Beobachtung einer epithelialen Verklebung der Innenflächen röhrenförmiger Organe, namentlich der Harn- und Geschlechtsorgane, die zunächst zu einer Urinretention, in der weiteren Folge zu einer Stauung und Dilatation des vesicalen Ureterendes führen muß. Andere Autoren suchen den Grund in einem die Blase — im Gegensatz zur Norm — in gerader Richtung durchsetzenden Ureter, der infolge der ihn nur schwach umkleidenden Muskulatur einer beginnenden Dilatation weniger Widerstand entgegenzusetzen vermag. Die bei doppelt vorkommendem Ureter schon intrauterin entstandene Verklebung des einen erkrankten Teiles mit Erweiterung infolge Stauung, ist wohl mehr als Retentionscystenbildung anzusprechen. Okamoto nimmt eine Disposition des vesicalen Ureterendes zur Cystenbildung an. Eine Dilatation infolge aquirierter Stenosierung des Harnleiters findet man oft bei Kompressionen (Tumoren, Schwangerschaft) und inneren Hindernissen (Fremdkörper, Uretersteine). Mikroskopisch besteht die Cystenwand aus ureteralen wie vesicalem Bindegewebe, das vereinzelte dünne Muskelfasern und elastische Fasern aufweist und mit einer Epithelschicht bedeckt ist. Interessant ist die Beobachtung, daß das weibliche

Geschlecht von dieser Erkrankung bei weitem häufiger (ungefähr im Verhältnis von 3:1) befallen ist, als das männliche. Okamoto und andere Autoren bringen diese Tatsache mit der geringeren Festigkeit des weiblichen Bindegewebes in Zusammenhang.

Die Symptome bestehen meistens in Harndrang, Schmerzen und Brennen bei der Miktion, plötzlicher Unterbrechung des Harnstrahls und kolikartigen Anfällen, die Verriotis mit der Einklemmung des dilatierten Ureterendes durch krampfhafte Blasenkontraktion erklärt. Besonders typisch ist ein Schmerzanfall, der in der rechten Lumbalgegend begann, sich den Ureter entlang herunterzog und in die Blasengegend ausstrahlte (Fall Els). Es sind jedoch auch Fälle bekannt, die nach dieser Richtung hin intra vitam keinerlei Symptome aufwiesen und wo die Uretercyste erst bei der Sektion als Nebenbefund beobachtet wurde, ferner Fälle, wo sie ganz zufällig bei der Cystoskopie von Blasenerkrankungen entdeckt wurde.

Differentialdiagnostisch wichtig ist vor allem der Blasentumor, der daran kenntlich ist, daß sein Volumen unverändert und seine Oberfläche nicht glatt und transparent erscheint, ferner das sehr seltene Blasenaneurysma, dessen Gestaltsveränderungen sehr schnell und mit dem Puls synchrom vor sich gehen, schließlich die cystischen Veränderungen der Blasenwand selbst und eventuell noch die in der Blase frei herumschwimmenden Hydatiden-Cysten. Steine und andere Fremdkörper verraten sich gewöhnlich schon durch Blutungen. Der Verlauf der Erkrankung schließt, auch wenn er noch so leicht ist, eine Verschlimmerung, die in Vergrößerung der Cyste und retrograden Veränderungen besteht, nicht aus, doch sind die Aussichten auf eine dauernde Heilung bei frühzeitiger Diagnosenstellung gut. Die Heilung der Uretercyste ist nur dnrch eine Operation möglich; konservative Methoden, mögen sie nun in medikamentöser Behandlung oder Dilatation des Ostiums bestehen, vermögen nur vorübergehende Linderung zu schaffen. Sehr beliebt wegen der Übersichtlichkeit und guten Wundversorgung ist die Resektion der Cyste in Äthernarkose nach vorausgeschickter Sectio alta. Die beiden bei der Abtragung entstandenen Wundränder werden mit der Blase und Ureterschleimhaut vernäht, die Blase selbst, da die Blutung nur minimal ist, primär zweischichtig nach Mikulicz geschlossen. Diese Operationsart empfiehlt sich bei gutem Allgemeinbefinden und guter Nierenfunktion der Patienten, wenn die Cyste sehr groß und ihre Wände induriert sind. Bei mittleren und kleinen Cysten empfiehlt sich die fast schmerzlose intravesicale Methode, bei der eine lokale Betäubung nicht erforderlich oder im Bedarfsfalle leicht durch Extraduralanästhesie zu erzielen ist. Sie wurde von Klose durch Anwendung des Operationscystoskops wesentlich verbessert und vereinfacht und beruht auf einer Kauterisation der Cystenwand. Die mit beiden Operationsmethoden erzielten Erfolge sind als vorzüglich zu bezeichnen und haben fast in allen Fällen zu einer Dauerheilung geführt.

Zum Schluß erlaube ich mir noch, Herrn Dr. Weil für die Anregung zu dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.